

埼玉立大学 地域包括ケア推進セミナー
平成31年2月21日

自立支援のための方法論を学ぶ

～ ADL/IADLの維持・向上に向けて～

医療法人真正会 霞ヶ関南病院 情報管理部門課長
専門理学療法士(生活環境支援)

染谷 和久

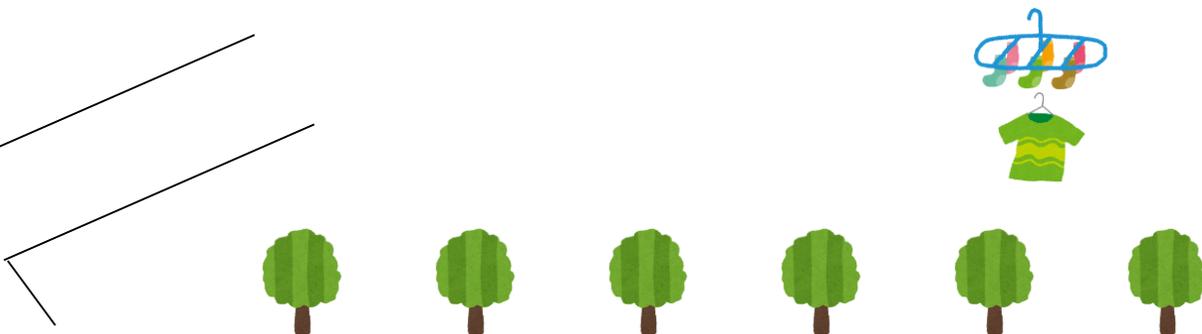
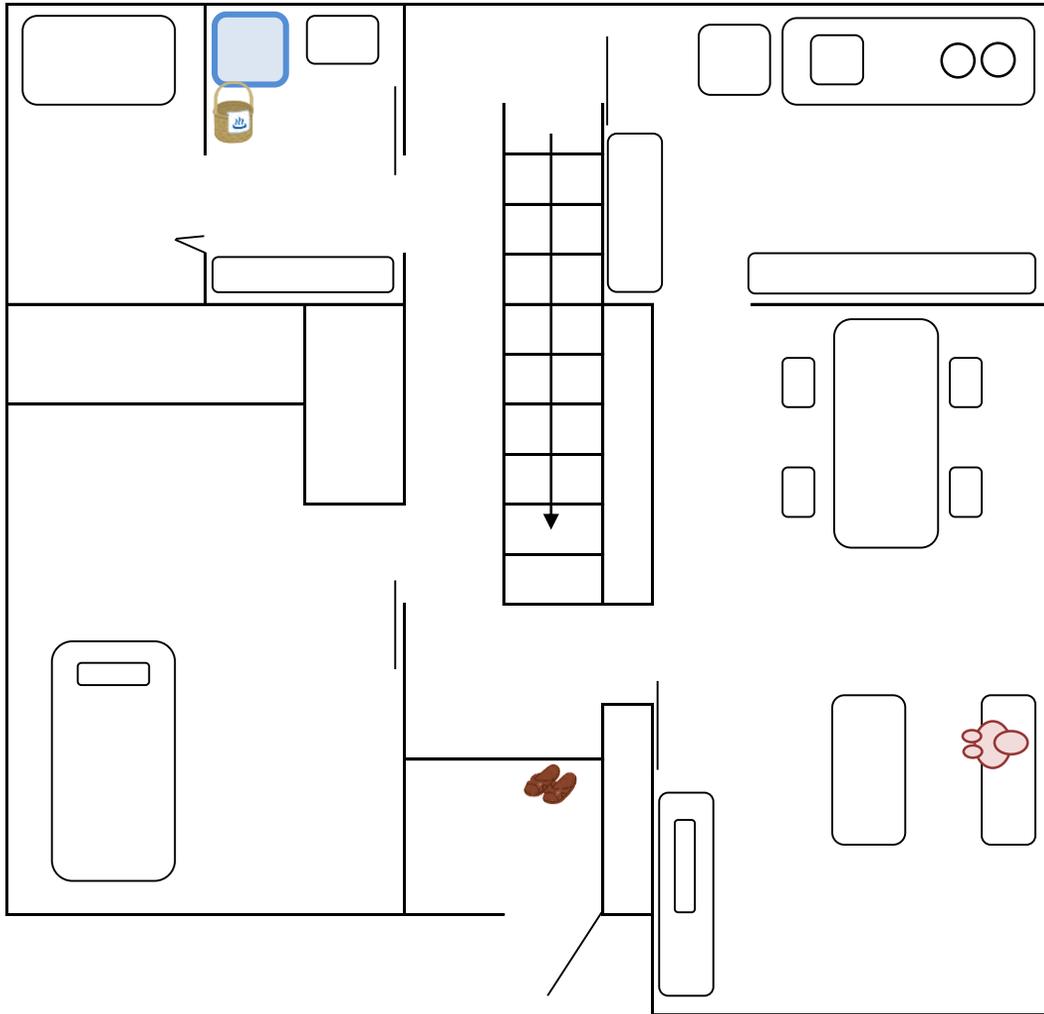
- 近所の高齢者が洗濯中に転倒してしまいました。
- また転倒しては危ないので、
お手伝いした方がよいでしょうか。

- ① 手伝う
- ② 手伝わない
- ③ まだわからない



【症例紹介】

- 74歳,女性,要介護1 / 糖尿病・高血圧の内服あり
- 軽度の認知症あり：金銭管理や服薬管理には援助が必要
- 自宅でのADL自立, 家事（掃除・洗濯・調理）も行っている
- 屋内は伝い歩き, 外出時はシルバーカーを使用（500m程度）
- 居住歴：36年, 訪ねてくる友人が近隣に3名いる
- 独居（夫は7年前に他界,娘は隣町に在住：車で40分）
- 夫は元大学教授, 経済的には余裕がある
- 外出頻度：通院（1回/月）, 買い物（娘と一緒に 1回/週）
- 通所介護（2回/週）を利用している。



北
↑

- 「洗濯」に必要なことは何でしょう？



動 作	できないこと・難しいこと (できること)	どう対応する

參考資料





生活を把握していますか？

よくあるパターン

<通所利用日>

7:00 起床
7:30 朝食
9:00 送迎
↓
通所
↓
16:00 送迎
↓
テレビ
↓
18:00 夕食
↓
テレビ
↓
22:00 就寝

<利用日以外>

7:30 起床
8:00 朝食
9:00
↓
テレビ
↓
12:00 昼食
13:00
↓
テレビ
↓
15:00
↓
昼寝
↓
17:00
↓
テレビ
↓
18:00 夕食
↓
テレビ
↓
22:00 就寝

1.時系列で生活全般を把握していますか？

- おおよその睡眠時間を把握していますか。
- 整容や更衣は何処で、どのように行っているか。
- 食事は何処で、誰と、どのように食べているか。
- 服薬は何時に、どのように、誰が行っているか。
- 排泄は何時に、何処で、どのように行っているか（昼夜）。
- テレビは何処で、どのような姿勢で、何を見ているか。等

2.介護者の生活パターン等を把握していますか？

- 起床・就寝時間は把握していますか。
- おおよその睡眠時間を把握していますか。
- IADLの状況を把握していますか。
- 趣味等の有無や内容、実施の有無を把握していますか。等



ADLの実施手順を把握していますか？

動作・行為	確認事項	
<ol style="list-style-type: none">1. 尿便意をもよおす2. 立ち上がる3. トイレまで移動する4. 電気をつける5. 扉を開ける6. 扉を閉める7. 便器の蓋を開ける8. 身体の向きを変える9. ズボン・下着を下げる10. 座る11. 排尿・排便する12. 後始末をする13. 立ち上がる14. ズボン・下着を上げる15. 便器の蓋を閉める16. 水を流す17. 扉を開ける18. 扉を閉める19. 電気を消す20. 手を洗う21. 移動する	<ul style="list-style-type: none">●尿便意があるか ●自力で可能か，介助が必要か，見守りが必要か①時間帯による差異②意識レベル③認知機能④身体機能	<ul style="list-style-type: none">●環境整備はなされているか●誰が、どのように見守り・介助しているか●頻度はどの程度か●介助者はそのことをどう受け止めているか

※ADLの各動作手順は千差万別であり，私達は自分の実施方法を基準に判断している可能性がある。

トイレでの視点

- ・施設トイレの明るさ・広さ
- ・手すりの位置・直径
- ・ボタン、パネルの位置
- ・ボタンの認知、
- ・ボタン操作
- ・手すり設置位置
- ・手すりのタイプ・色
- ・ペーパーホルダーの位置
- ・ペーパーホルダーのタイプ



- ・トイレの認知
- ・トイレまでの移動
- ・出入り時のドア操作
- ・照明スイッチの操作
- ・トイレ内での歩行車、
車いすの操作

- ・便座の高さ
- ・便座の形状
- ・背もたれ、タンクなどと便座
ホルの距離
- ・便座機能（ウォシュレットや
暖房機能など）

- ・便座上での座位の安定性
- ・排泄姿勢
- ・排泄時間
- ・ふき取り姿勢
- ・フラッシュボタンの操作
- ・衣服の上げ下ろし



- 通所・訪問リハビリテーションで開催するリハビリテーション会議の場を活用し、介護支援専門員や各居宅サービス事業所のスタッフ等がその場に参画、当該利用者に関する方針や目標、計画を検討、共有してはどうか。
- 効率的・効果的な情報共有できるように介護支援専門員の居宅サービス関連書式の書式とできるだけ共通とし、情報の共有が容易になるよう工夫してはどうか。

介護支援専門員

協働の場

サービス担当者会議

- 通所リハビリテーションの医師、PT、OT、ST、看護職員、介護職員、本人・家族、介護支援専門員や利用者の支援に関わる居宅サービス提供者が参加
- リハビリテーション会議記録
サービス担当者会議録と共通性を持たせる

リハビリテーション会議

医療機関

情報の共有

利用者に関する情報や支援方針、
目標、計画の共有

- ニーズ調査票
- アセスメント票
- リハビリテーション計画書

通所・訪問リハビリテーション

訪問系サービス

訪問介護

* 生活機能向上連携加算

通所介護

H30改定：生活機能向上連携加算の創設（通所介護）



第158回 社会保障審議会介護給付費分科会,平成30年1月26日, 参考資料1より

概要

- 自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、生活機能向上連携加算を創設し、**通所介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることを評価**する。

単位数

＜現行＞
なし



＜改定後＞
生活機能向上連携加算 200単位／月（新設）
※ 個別機能訓練加算を算定している場合は100単位／月

算定要件等

- 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、**通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること**
- リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、**必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと**。

※ **介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、短期入所生活介護、**
特定施設入居者生活介護、認知症対応型通所介護 **も同様**

「してあげる」から



「支える」へ

